

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

N° 20.

SUR

L'AFFECTION FURONCULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 13 décembre 1887

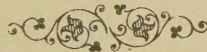
PAR

Jean CAVALIER

Né à Nîmes (Gard)

Élève du Service de Santé militaire

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS

1887

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, ASSESSEUR.

Professeurs.

Clinique médicale.

Clinique des mal. ment. et nerv.

Idem. (Chargé du cours).

Physique médicale.

Médecine légale et toxicologie.

Clinique chirurgicale.

Chimie médicale et Pharmacie.

Hygiène.

Pathologie interne.

Clinique médicale.

Botanique et Histoire Natur. méd.

Physiologie.

Clinique obstétricale et gynécologie

Clinique chirurgicale.

Opérations et appareils.

Pathologie externe.

Anat. pathol. et histol.

Anatomie (Chargé du cours).

Thérap. et Matière médicale.

MESSIEURS :

COMBAL (✠ ✠).

CAVALIER (✠).

MAIRET.

MOITESSIER (✠).

JAUMES.

DUBRUEIL (✠).

ENGEL.

BERTIN-SANS.

CASTAN.

GRASSET.

PLANCHON (✠ ✠).

LANNEGRACE.

DUMAS (LÉON).

TÉDENAT.

GRYNFELTT.

CHALOT.

KIENER (✠).

GILIS.

HAMELIN (✠).

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✠ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✠), DUPRÉ (✠ C. ✠).

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique des maladies des enfants. MM BATLLE, agrégé.

Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.

Clinique des maladies des vieillards. MOSSE (✠), agrégé.

Clinique ophthalmologique TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :

CARRIEU.

MAIRET.

MOSSE (✠).

REGIMBEAU (✠).

BLAISE.

MESSIEURS :

BAUMEL.

VILLE.

GRANEL.

FORGUE.

TRUC.

MESSIEURS

GERBAUD.

GILIS.

MALOSSE.

BROUSSE.

BIMAR.

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse:

MM. CASTAN, président.

KIENER, professeur.

BROUSSE, agrégé.

MOSSE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

J. CAVALIER.

À ma sœur et à mon beau-frère
le Pasteur MATHIEU, du Vigan

A mon frère Ferdinand CAVALIER

A mes frères GASTON et LÉON

J. CAVALIER.

A mon Oncle et à ma Tante HUËT

A mes Cousins CAVALIER et HUËT

J. CAVALIER.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CASTAN

Doyen de la Faculté de Médecine

A Monsieur le Professeur KIENER

Medecin Principal de l'armée

Médecin chef des salles militaires de l'Hôpital

Professeur-Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur, Officier d'Académie, etc.

J. CAVALIER.

A MES MAITRES

A TOUS MES AMIS

J. CAVALIER.

INTRODUCTION.

Je dois, dès le début, quelques mots d'explication sur le choix de mon sujet de thèse. De nombreuses poussées m'ont fourni l'occasion de traiter sur moi-même plus de 200 furoncles, et d'employer contre eux plusieurs traitements. Pour le furoncle, en effet, plus peut être que pour toute autre affection, la multiplicité des agents thérapeutiques que l'on a proposés suffit à démontrer leur inefficacité; on n'a pas encore trouvé de spécifique contre le furoncle; et, de fait, tant que la nature de cette affection n'était pas connue, tant que son étiologie n'avait pas été esquissée, il ne pouvait en être autrement. Un traitement rationnel était impossible, et les errements de l'empirisme, consacrés par la routine, aveugle aux progrès de la science, se sont trop longtemps perpétués.

Toutefois, depuis 1880, grâce aux recherches microbiologiques de Pasteur et de Lœwemberg, la nature parasitaire du furoncle semble être démontrée; la culture des germes infectieux, leur inoculation, les faits de contagion, voire même de petites épidémies, tout nous invite à ne plus considérer le furoncle comme une affection dyscrasique; c'est un microorganisme qui est la cause de tout le mal, c'est à lui qu'on doit s'adresser. Dans les affections de même ordre, les antiseptiques avaient donné de bons résultats; chercher parmi eux quels sont les plus actifs, ou plutôt quels sont les

plus propres à détruire l'agent infectieux, c'est là ne plus aller au hasard ; c'est traiter rationnellement l'affection. — J'ai eu l'occasion d'essayer divers antiseptiques, et presque tous m'ont donné de bons résultats.

Leur supériorité sur les anciennes médications m'a paru tellement évidente, que j'ai cru bon de la mettre en relief : ce n'est là d'ailleurs qu'un acte de reconnaissance envers l'antisepsie.

M. le Médecin Principal Kiener a bien voulu me donner de précieuses indications sur la façon de traiter un pareil sujet.

En effet, vouloir faire une monographie complète du furoncle aurait été au-dessus de mes forces.

Et d'ailleurs, l'étiologie et la symptomatologie du furoncle sont en partie connues de tout le monde. On a bien assez discuté sur le siège anatomique du clou et sur la formation du bourbillon ; les diverses formes de l'affection et ses rapports avec les maladies dyscrasiques et diathésiques ont été depuis longtemps très bien mises en relief ; enfin, se livrer à des recherches microscopiques et cultiver, pour l'inoculer ensuite, le germe infectieux, aurait demandé beaucoup plus de temps que je n'en pouvais consacrer à cette étude. M. le Principal m'engagea donc à ne pas employer la forme didactique, trouvant bien préférable celle d'un simple récit, sans prétention aucune, où j'exposerais des faits personnels, les réflexions qu'ils m'ont suggérées, enfin le résultat de mes lectures.

La connaissance de l'affection furonculeuse et mon expérience personnelle me seront bientôt d'une grande utilité ; les furoncles sont, en effet, communs dans l'armée, et un médecin militaire doit savoir les traiter. Ce n'est pas que le « clou des cavaliers » mette la vie du soldat en danger, il n'en est pas ordinairement ainsi ; mais c'est une de ces « petites

misères de la vie, » comme on l'a très justement appelé, qui font souffrir, et qui par la douleur compromettent les mouvements. — « Il y a, dit Arnould, parlant du furoncle et de l'ecthyma, il y quelque chose d'humiliant à considérer les chiffres énormes dont ces maladies, qui n'en sont pas, grossissent la statistique à la colonne des absents. »

Aussi, le furoncle a-t-il été l'objet de nombreuses études de la part des médecins militaires. Je citerai entre autres MM. Danvé, Czernicki et Arnould.

Ma thèse pourra paraître un peu trop personnelle ; si toutefois, j'ai besoin de m'excuser sur ce point, je dirai que l'illustre Trousseau, que J. Hunter, que M. Gingeot, médecin des hôpitaux de Paris, et bien d'autres encore, ont publié le résultat de leurs propres observations : je me suis donc cru autorisé à raconter simplement et exactement ce que j'ai eu, ce que j'ai fait, contrairement à l'usage, et, pour être plus à l'aise, je parle au singulier et non au pluriel.

Mon plan sera des plus simples ; après avoir donné mon observation personnelle, je tâcherai d'expliquer le début et la marche de l'affection, les cas de contagion, les poussées successives, etc. ; chemin faisant et pour être complet, j'aurai recours aux travaux récents, peu nombreux d'ailleurs, qui ont paru sur ce sujet. Enfin, je parlerai du traitement du furoncle et de la furonculose.

Avant de terminer, qu'il me soit permis de remercier M. le doyen Castan de la bienveillance avec laquelle il m'a toujours accueilli, et de l'honneur qu'il me fait en acceptant la Présidence de ma Thèse.

Que mon premier Maître dans la Médecine Militaire, M. le Médecin Principal Kiener, me permette aussi de lui exprimer ma reconnaissance pour les sages indications qu'il m'a fournies au sujet de ce travail, et l'intérêt qu'il n'a cessé de me porter pendant mes études médicales.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'AFFECTION FURONCULEUSE

OBSERVATION PERSONNELLE.

Nombreuses poussées de furoncles. — Furonculose. —
Début par le « Clou des Cavaliers ». — Durée 2 ans
et demi. — Faits positifs de contagion.

Traitements locaux employés successivement : cataplasmes émollients ; purgatifs et dépuratifs ; incision préventive simple ; profonde incision et teinture d'iode ; fomentations d'acide borique ; cautérisation dès le début avec le crayon de nitrate d'argent, etc. — Traitement général par les sulfureux à haute dose à l'intérieur ; bains sulfureux et traitement local antiseptique.

Jean Cavalier, 23 ans, étudiant en médecine, né à Nîmes.
Constitution bonne, complexion forte.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, quelques accidents rhumatoïdes seraient la seule chose à signaler au point de vue de l'affection qui nous occupe. Une

sœur et trois frères n'ayant jamais eu en fait de furoncles que ceux que je leur ai communiqués ; d'ailleurs, bonne santé habituelle.

Antécédents personnels. — Santé délicate pendant la première dentition ; à l'âge de 5 ans une rougeole, mais sans la moindre complication ; depuis, à plusieurs reprises, quelques légers embarras gastriques, qui cédaient à l'administration hâtive d'un purgatif ou d'un vomitif, mais aucune maladie grave, et surtout jamais de furoncles ou de boutons de même nature avant le début de l'affection, qui remonte au mois de mars 1885, c'est-à-dire il y a plus de 2 ans et demi.

A cette époque, après une longue séance de trot sans étrières, je descendis un jour de cheval, légèrement blessé à la face interne du tiers inférieur de la cuisse gauche ; deux jours après apparaissait un premier furoncle qui prit une telle extension, que la marche devint bientôt impossible. Ce ne fut d'abord qu'un simple point rouge, douloureux, acuminé vers le centre ; la zone d'inflammation s'étendit et mesura bientôt plus de 3 centim. de diamètre ; la région était chaude ; j'eus même un peu de fièvre ; les ganglions du pli de l'aîne furent bien vite engorgés ; l'un d'eux est resté longtemps volumineux et douloureux à la pression. Le mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse étant absolument impossible, je dus garder le lit et calmer la douleur par des cataplasmes de farine de lin ; le furoncle, mûr, s'ouvrit spontanément, expulsant un bourbillon volumineux et laissant une cicatrice indélébile. Quelques jours après, trois furoncles se montraient à la face antérieure de la même cuisse et à la fesse du même côté. Même traitement local et administration de 30 gr. de sulfate de soude tous les deux jours, et cela pendant toute une semaine. Cette première poussée se borne à ces quatre clous ; mais après rémission d'une quin-

zaine de jours environ, nouvelle poussée sur la cuisse droite et engorgements du même côté; bientôt ce fut à la nuque que les furoncles apparurent et se multiplièrent avec une ténacité désespérante. Je n'employais encore que les cataplasmes émollients; la principale indication me paraissait être de calmer la douleur; et d'ailleurs, à cette époque, je connaissais très peu la thérapeutique des furoncles; ne me doutant pas de la nature de l'affection, je ne songeai pas à demander à un de mes Maîtres un conseil qui m'eût été sans doute de la plus grande utilité.

Ces deux premières poussées de furoncles furent suivies par une série d'orgeolets; l'une et l'autre paupière des deux yeux furent successivement envahies. Des compresses chaudes d'infusion de mauve furent le seul traitement employé. Pendant les mois d'avril et de mai 1885, ce furent de nouveau les cuisses et les fesses qui furent envahies; la face, jusqu'à l'épargnée, ne devait pas l'être longtemps: à la lèvre supérieure, ce fut surtout à la partie médiane et aux deux commissures que siégèrent les furoncles, mais ils furent assez bénins, car je les faisais avorter en les incisant dès le début. Par suite de cette pratique, beaucoup ne suppurèrent pas, mais les plus gros évoluèrent comme si de rien n'était et entretenirent l'affection. Le 15 juin, j'avais un furoncle de la lèvre supérieure du côté droit; à la suite d'un exercice de gymnastique mal exécuté, je tombai sur le sable la face la première; ce traumatisme accrut rapidement l'inflammation du furoncle préexistant. Dès le lendemain la lèvre était dure, volumineuse, tendue, rouge, enfin douloureuse; le furoncle prit les proportions d'un anthrax. Six jours après cet accident, le pus apparaissait sous la muqueuse à la face interne de la lèvre. Ce fut en ce point que M. le Médecin principal Kiener fit porter l'incision. Précautions antiseptiques minutieusement observées; large incision cruciale au bistouri; l'artère coro-

naire ne fut pas intéressée; le pus évacué et l'inflammation disparue, la lèvre eut bientôt repris son épaisseur normale. J'ignorais à ce moment la gravité des anthrax de la face. Sur le conseil de M. le Principal, j'examinai soigneusement mes urines; elles ne contenaient ni sucre, ni albumine (cet examen, que j'ai souvent répété depuis, m'a toujours donné un résultat négatif).

A quelques jours de là, apparaît un petit furoncle très douloureux sur la cloison du nez, et un autre à l'entrée du conduit auditif externe droit; douleurs intolérables; à la sensation de clou enfoncé dans les téguments s'ajoutaient des bourdonnements d'oreille, une violente céphalalgie; des soins de propreté furent suffisants pour empêcher la propagation des furoncles plus profondément dans le conduit auditif.

Pendant tout l'été, assez longue rémission; je pris un grand nombre de bains de mer et de rivière. Mais en novembre, à la reprise du cours d'équitation, les fesses et les cuisses furent de nouveau contaminées: j'incrimine le pantalon de cheval, que j'avais négligé de faire passer à l'étuve, d'être l'agent de la réapparition des furoncles.

Je commençai dès lors à user des antiseptiques; les badiageonnages de teinture d'iode pure firent avorter plusieurs furoncles; d'autres, les plus gros, furent profondément incisés dans leur partie centrale et la plupart n'arrivèrent pas à la suppuration; mais les furoncles n'en continuaient pas moins.

Trois anthrax volumineux aux fesses m'obligèrent de rester jour et nuit sur le ventre, le décubitus dorsal ou latéral étant impossible. La douleur me fit de nouveau recourir aux cataplasmes émollients que je fis renouveler le plus souvent possible, ayant vu quelque part que l'humidité du cataplasme était l'agent de la transmission des germes infec-

tieux. J'attendis l'élimination naturelle du bourbillon. Cette poussée-là fut de longue durée; je dois dire que pendant l'hiver 1885-86, à moins d'impossibilité matérielle, je tins, soit par goût, soit par amour-propre, à ne pas désertier le cours d'équitation; cette période ne prit fin qu'après les vacances de Pâques. Jusqu'au mois de septembre, nouvelle rémission: c'était la saison des bains de mer. A cette époque, j'eus un furoncle d'une allure plus particulière à la face dorsale de la première phalange de l'index gauche; au début, ce furent les symptômes ordinaires du furoncle; mais je ne fis aucun traitement immédiat (je suivais avec intérêt les grandes manœuvres qui se passaient sur les bords du Rhône); le furoncle se propagea autour de son point d'implantation, gagnant en profondeur et en surface. La phalange était volumineuse, rouge, douloureuse, la main fut le siège d'une traînée de lymphangite, les ganglions axillaires étaient pris, trois ou quatre petites phlyctènes apparurent au centre de la tumeur et favorisèrent l'expulsion d'un produit nécrotique volumineux; j'avais eu un panaris anthracôïde. Des bourgeons charnus eurent bientôt comblé la perte de substance. Quelques jours après, la phalange correspondante de l'index droit était atteinte; j'étais retourné au Grau-du-Roy, j'incisai et lavai plusieurs fois par jour avec de l'eau de mer; ici pas de lymphangite, suppuration moins grande, cicatrisation plus rapide, courte rémission. A mon retour à Montpellier, malgré des soins hygiéniques aussi scrupuleux que possible, nouvelle recrudescence; j'avais eu le soin de me faire faire une enlotte de cheval toute neuve; pendant cette poussée, les fomentations d'acide borique m'ont paru un bon moyen de traitement local. Avec le printemps de cette année-ci, nouvelle poussée et assez longue. Ici se place une petite mésaventure que je tiens à rapporter, voulant raconter dans tous ses détails cette trop longue histoire: j'avais au niveau de la

fosse ischio-rectale du côté droit un gros furoncle qui menaçait de devenir plus considérable. Ayant un jour entendu le Professeur Tédénat nous citer cette phrase d'Ambroise Paré sur les phlegmons : « dès que le pus est fait, devant que d'attendre plus longuement, tu viendras à l'apertion..... et principalement lorsque la matière est vénéneuse, ou près des jointures ou au fondement, car telles apostèmes, comme nous enseigne Hippocrate, doivent estre ouvertes devant la parfaite suppuration..... » Je me résolus à faire pour un gros furoncle ce qui est recommandé pour le phlegmon ; mais ne pouvant porter le bistouri moi-même au niveau du mal, je priai un étudiant en médecine de mes amis d'intervenir ; il me fit donc une profonde incision au centre même de la tumeur et à la suite une si généreuse application de teinture d'iode pure, que la diffusion du liquide alla jusqu'à la muqueuse rectale ; j'éprouvai ce-soir là une des plus vives douleurs que j'aie jamais ressenties.

Cet incident me fit abandonner la teinture d'iode ; je fis des pansements à l'alcool, saupoudrai les plaies avec le calomiel, l'iodoforme, etc., tout autant de bons moyens locaux, mais impuissants à arrêter la marche de l'affection. Puis je me servis du crayon de nitrate d'argent ; j'avais vu faire avorter ainsi des furoncles dans le service de M. le médecin principal, j'en ai obtenu de très bons effets ; à propos du traitement, j'indiquerai la manière de procéder ; ce moyen est en effet peu connu.

M. le D^r Jeannel, alors interne dans le service de M. Kierner, m'indiqua dans le *Bulletin de thérapeutique* un article de M. Gingeot sur le traitement rationnel de l'affection furonculaire. Je repris un peu d'espoir, voyant qu'il était possible par un traitement rigoureux et énergique de se débarrasser à peu près certainement des furoncles. M. Gingeot prônait les sulfureux et je les essayai ; je commençai le

1^{er} juin par 4 mesures de poudre de Pouillet (la mesure est une petite cuiller qui accompagne le flacon et correspond à 0 gr. 12), je commençai donc par 0 gr. 50 environ, le second jour 0 gr. 75; le troisième jour je pris 1 gr. et restai à cette dose pendant près de trois semaines. En même temps, je pansai les furoncles préexistants avec de l'acide borique finement pulvérisé; deux bains sulfureux par semaine et des bains de mer dès la fin du mois de juin.

Ce traitement interne paraît m'avoir réussi, puisque, à l'heure actuelle (décembre 1887), aucune nouvelle poussée furonculaire n'a paru, pas le moindre petit furoncle isolé ne s'est encore montré. Cette rémission de six mois est la plus longue que j'ai jamais vue depuis le début de l'affection. Sera-t-elle définitive? je ne puis que le souhaiter, mais n'ose l'affirmer. Je suis d'ailleurs résolu, dès la première apparition de nouveaux furoncles, à recourir encore aux sulfureux à l'intérieur et à un traitement local antiseptique et abortif.

I.

Tels sont les faits que j'ai eu l'occasion d'observer dans le cours de l'affection furonculaire que nous venons de suivre pas à pas; je vais maintenant essayer de les interpréter.

Et je me demande, tout d'abord, *par quelles causes et dans quelles conditions* l'affection furonculaire a débuté chez moi. Certes, l'étiologie du furoncle est très vaste, et pourtant, au premier abord, je ne vois rien que je puisse incriminer. Je n'ai pas eu le furoncle que l'on voit souvent dans certaines maladies diathésiques ou constitutionnelles, comme le dia-

bête, la diathèse urique, dans la convalescence des fièvres graves (la fièvre typhoïde en particulier), dans la gastrite chronique, l'alcoolisme, le surmenage sous toutes ses formes. On a dit que l'emploi trop prolongé de certaines médications, les médications arsenicale et alcaline principalement, était une condition favorable à l'éclosion des furoncles; cela n'a pas suffisamment été démontré, et d'ailleurs je ne rentre pas dans ce cas; avec plus de raison, on a dit encore que l'encombrement et la viciation putride de l'atmosphère qui en résulte forcément avaient une influence considérable sur la propagation de l'affection; les faits de contagion observés dans les casernes, les prisons, les hôpitaux, les établissements scolaires, etc., paraissent démonstratifs; or, je ne me trouvais pas au début de l'affection dans de pareilles conditions.— M. Lœwemberg attache une grande importance à la *profession du sujet*; et il signale surtout, comme gens prédisposés à la furonculose, les ouvriers qui manipulent les matières organiques en décomposition: chiffonniers, tanneurs, bouchers, etc., mais la relation de cause à effet n'est pas suffisamment prouvée; sans quoi je pourrais peut-être dire que la fréquentation de l'amphithéâtre d'anatomie pourrait ne pas être étrangère à l'éclosion des premiers furoncles chez moi; d'ailleurs, je n'ai vu signalée nulle part, d'une façon particulière, l'apparition du furoncle chez les étudiants en médecine; le furoncle est encore loin du tubercule anatomique; l'introduction dans nos tissus de la *Torula pyogenica* ne donne généralement pas lieu à des manifestations de même ordre que les germes de la putréfaction cadavérique; cette influence de la profession n'a été bien mise en relief que pour les cavaliers, ainsi que je me propose de le montrer plus loin.

Deux médecins militaires: M. Arnould d'un côté et M. Czernicki de l'autre, ont étudié, il y a quelques années,

deux conditions qui leur ont paru favorables à l'éclosion et au développement de la maladie; comme l'une et l'autre s'appliquent à mon cas, je vais les rapporter.

M. Arnould voit dans l'élément — jeunesse — une condition qui ne lui paraît pas négligeable: « à cette époque de la vie, dit-il, la nutrition est à son plus haut point d'activité et l'enveloppe tégumentaire est plus particulièrement le siège des manifestations de celle-ci; l'histologie moderne a démontré les connexions étroites qui unissent les couches vivantes de l'épiderme avec le système lymphatique; une nutrition abondante chez les premières suppose une large circulation et des sucs abondants chez le second; c'est là une sorte de lymphatisme physiologique qui place les jeunes gens dans des conditions éminemment favorables aux réactions du mode inflammatoire, ayant pour siège le tégument lui-même toutes les fois qu'il y est directement sollicité. » Ainsi donc, chez un individu jeune, tout ce qui se passera du côté de la peau et de ses annexes aura une grande influence; « la peau d'un individu c'est la moitié de lui-même », nous disait souvent un de nos professeurs de clinique, et ces manifestations seront d'autant plus intenses et auront une ténacité d'autant plus grande que l'individu sera plus fort, plus vivant en un mot. Les anciens avaient déjà remarqué que ces phénomènes vitaux paraissaient plus tumultueux chez cette classe de gens, dans laquelle je rentrerais je crois, qu'ils désignaient du terme très vague de « tempéraments sanguins. » M. Dauvé, médecin militaire, parlant de l'influence du tempérament sur la production de deux affections communes chez les cavaliers, dit: « Chez les sujets lymphatiques, c'est l'ecthyma qui domine; chez les sujets sanguins, c'est le furoncle. » Aujourd'hui ces diverses sortes de tempéraments n'ont plus la même importance; on admet chez les individus des constitutions fortes et des constitutions faibles; c'est

affaire de quantité plutôt que de qualité. Or, le furoncle se présente aussi communément chez les uns que chez les autres.

La deuxième condition que je désire étudier, c'est *l'état atmosphérique*. De tout temps, on a admis que la chaleur humide, le changement de température et de saison, le printemps et l'automne étaient en rapport avec une plus grande fréquence dans l'apparition des furoncles. M. Czernicki a écrit l'histoire médicale d'un régiment de cavalerie pendant une année ordinaire, c'est-à-dire sans épidémie étrangère importée, pendant laquelle le régiment a seulement payé son tribut aux maladies de causes banales, et subi les affections de causes professionnelles ; le cours des influence saisonnières et atmosphériques a été suivi régulièrement et l'auteur a pu construire, pour la fréquence du furoncle et des affections cutanées (228 cas), un tracé graphique dont l'interprétation est très intéressante. C'est ainsi que le maximum des cas de furoncles a lieu en mars, puis la courbe descend graduellement et se maintient voisine de zéro pendant les mois de juin, juillet, août et septembre, elle remonte insensiblement jusqu'en janvier et puis beaucoup plus jusqu'en mars. Mais pour M. Czernicki, ce n'est pas, comme on le voulait autrefois, l'air atmosphérique lui-même qui doit entrer en ligne de compte, il faut plutôt considérer que l'hygiène individuelle n'est pas la même aux diverses époques de l'année : l'été amène avec lui les bains froids et le soldat sera pendant quelques mois d'une propreté satisfaisante, alors peu ou pas de furoncles ; l'influence salubre des bains se maintient encore pendant quelque temps ; puis l'hiver arrive, les bains sont supprimés, les soins de propreté laissent à désirer et la proportion de furoncles augmente pour atteindre son maximum en mars ; à partir de ce moment, la courbe descend, les soldats ne sont pas encore conduits à la

baignade, mais une saison plus clémente les invite à des ablutions plus fréquentes qu'en hiver. Il en était ainsi il y a à peine quelques années; aujourd'hui l'hygiène du soldat a fait des progrès, la plupart des régiments possèdent une salle de douches et, même pendant l'hiver, les soldats sont plus ou moins astreints à des soins de propreté; aussi la proportion de furoncles est-elle moins considérable.

La malpropreté, inhérente aux conditions atmosphériques, est donc dans la vie militaire une des causes prédisposantes les plus efficaces. Dans la vie civile, c'est encore la même chose; pendant la saison rigoureuse, la généralité des individus s'occupent trop peu des soins hygiéniques à donner à leur personne. Je n'ai pas échappé à cette influence salutaire des bains, et pendant la belle saison les séries de furoncles se sont par trois fois interrompues; ce sera là un facteur important à signaler dans le traitement de l'affection.

Jusqu'ici nous n'avons vu que des conditions, et non de véritable cause déterminante; cette cause, nous devons la chercher dans une *irritation locale*, mécanique, de provenance extérieure. Or, l'exercice du cheval, surtout dans les débuts, réunit toutes les conditions voulues pour la production d'écorchures, et une petite solution de continuité suffit à la pénétration de germes que la malpropreté aura laissés dans le voisinage; ces excoriations siègent le plus habituellement sur les parties qui sont le plus soumises au frottement: ce seront les fesses, la partie interne des cuisses et des genoux; les allures vives, le trot sans étriers, les réactions de certains chevaux, la rugosité du pantalon, enfin, l'inexpérience des jeunes cavaliers sont les causes de ces petites écorchures, d'autant plus douloureuses qu'elles sont plus superficielles. L'anatomie de la peau nous donne la raison de ce fait; les extrémités des nerfs qui ont traversé le derme arrivent dans l'épiderme; là, elles innervent richement le corps muqueux

de Malpighi, et, rencontrant la couche cornée, meurent et se reproduisent incessamment ; voilà ce qui se passe à l'état normal. Supposons la couche cornée seule détruite, les extrémités nerveuses du corps muqueux seront à nu, et le moindre frottement les impressionnera désagréablement ; au contraire, que le corps muqueux soit détruit lui aussi, que le derme ait disparu en partie, les régions sous-jacentes, composées presque uniquement de tissu conjonctif lâche et de tissu élastique et moins richement innervées, seront bien moins douloureuses. D'ailleurs la lésion, douloureuse ou non, paraît si minime, que de gré ou de force on passe outre, et on ne monte à cheval que de plus belle. Mon observation indique que c'est dans de pareilles circonstances qu'apparut mon premier furoncle.

Chez les fantassins, ce n'est plus aux fesses, ni aux cuisses que se montrent les furoncles ; c'est aux épaules, dans le dos, à la nuque, ce qui s'explique par ce fait que les jeunes recrues ne sont pas habituées encore au port du sac ; chez les convalescents, ce seront des draps trop rugueux pour un épiderme débilité ; on connaît le mauvais fonctionnement de la peau des diabétiques.

Mais, ce n'était pas la première fois que je montais à cheval, ce n'était pas la première fois qu'il m'arrivait de m'écorcher ; l'irritation locale créant la solution de continuité, ne suffit donc pas seule à expliquer la production du furoncle ; ce sera une petite plaie qui guérira presque sans qu'on s'en doute. Il faut donc quelque chose de plus ; la porte est ouverte ; des germes pathogènes, accidentellement ou habituellement situés dans le voisinages, vont pénétrer par là ; étudions ce qu'ils vont déterminer.

II.

Quel est le rôle pathogénique des germes infectieux? Il y a quelques années à peine, on croyait encore à l'infection de l'organisme par le sang ou par les lymphatiques; il est vrai qu'on n'avait pas de notions précises sur la nature de la maladie. Les belles recherches de Pasteur et de Lœwemberg ont jeté un jour nouveau sur la question, et, de nos jours, on s'explique bien des points qui étaient restés dans le vague.

Le parasite du furoncle est un microorganisme spécial entièrement développé, ou bien à l'état de germes, provenant des grands milieux, atmosphère et eaux. Davaine, Pasteur, Rindfleisch, et beaucoup d'autres micrographes à leur suite, ontensemencé du pus provenant de piqûres faites à des furoncles non encore ouverts à l'extérieur, et les résultats obtenus ont toujours eu le même succès; des précautions avaient été prises pour se mettre à l'abri des germes extérieurs.

Ce microorganisme, dont la présence a toujours été constatée, est la *Torula pyogenica*; il apparaît dès le lendemain de l'ensemencement dans les bouillons de culture qui perdent leur limpidité. On voit ainsi apparaître de petits grains sphériques réunis par groupes de deux, quatre, six, etc., rarement en amas; le diplococcus est la forme la plus commune. Avec la levûre de bière, la répartition est uniforme; avec un bouillon de muscles de poule, le liquide ne se trouble que sur les parois du vase, et l'on doit agiter pour que la culture devienne uniformément trouble.

Ainsi que Pasteur l'a établi, ce microorganisme est aérobie, se développe à l'extérieur, et trouve dans le poil des animaux un milieu qui lui convient : le cheval serait, de tous les animaux domestiques, celui qui offre à ce microbe les conditions les plus favorables à son développement. Depuis longtemps, Eberth a signalé le rôle collecteur des poils à l'égard des germes infectieux. Ainsi ces germes sont répandus à profusion dans l'atmosphère et plus particulièrement dans celle des écuries ; collectés par les poils de l'homme, ils pénètrent par les orifices des glandes : une solution de continuité de l'épiderme leur rend l'accès des culs-de-sac pilosébacés bien plus facile (les culs-de-sac des glandes pilosébacées sont, en effet, le siège de prédilection de la *Torula pyrogenica*) ; mais il peuvent pénétrer aussi dans les glandes sudoripares et cérumineuses.

Cette localisation du parasite dans les culs-de-sac des glandes n'est pas sans intérêt ; elle explique bien des choses. Elle permet d'abord de concevoir facilement le développement des germes : la région est très vasculaire, et cette vascularité pourvoira abondamment à la nutrition du parasite. Mais ce n'est pas seulement du sang qu'il faut à ce parasite (nous verrons plus loin qu'il ne se développe pas dans ce milieu) ; ce sont les sucs plus particuliers, élaborés par les diverses glandes de la peau, qui lui servent de milieu de culture. La riche vascularité de la papille dermique nous permet, en même temps, de nous rendre compte de la vive inflammation dont s'accompagne le furoncle au bout de deux ou trois jours. Enfin, l'abondance des extrémités nerveuses explique les douleurs lancinantes qu'on a comparées à la sensation d'un clou enfoncé dans la peau. Cette douleur du furoncle est tout à fait caractéristique et peut servir, dès le début, au diagnostic différentiel du furoncle d'avec tout autre petit bouton ; on pourra donc, dès l'apparition de cette dou-

leur, inciser sans tarder ; c'est bien à un furoncle qu'on aura affaire.

La découverte de la *Torula pyogenica* a-t-elle suffi à établir d'emblée la nature infectieuse de l'affection ? Evidemment non ; d'ailleurs, dans le pus des furoncles recueilli même avant l'ouverture à l'extérieur, on a trouvé, à côté de la *Torula pyogenica*, bien d'autres microorganismes : ce sont les agents de la septicémie ordinaire, les *Staphylococcus pyogenes aureus*, *albus*, etc. Ces microorganismes ont d'ailleurs été signalés dans beaucoup de maladies ; le *Staphylococcus pyogenes aureus* serait constant dans l'ostéomyélite infectieuse ; toutefois, on ne peut pas dire qu'il soit spécifique de cette affection. Klebs paraît être le premier auteur qui ait signalé des microorganismes dans l'ostéomyélite ; Kocher et Rosenbach ont continué ces études ; enfin Pasteur, sur la demande de Lannelongue, examina du pus provenant d'un abcès sous-périostique d'un tibia atteint d'ostéomyélite aiguë, et y constata la présence de micrococques identiques à ceux qu'ils avaient trouvés dans les furoncles. Becker, Rosenbach et Krause firent ensuite sur des animaux des expériences d'inoculation qui ne furent pas complètement démonstratives. En 1884, M. Rodet (de Lyon) inocule le *Staphylococcus aureus* et produit sur de jeunes animaux une maladie expérimentale ressemblant fort à la maladie naturelle. Mais ce *Staphylococcus* n'est pas spécial à l'ostéomyélite ; nous l'avons vu dans le furoncle, et on le rencontre également dans le panaris, le phlegmon, etc. M. Socin l'avait déjà indiqué ; M. Garré, au Congrès français de chirurgie, en 1885, rendit compte d'expériences faites sur lui-même ; il s'était inoculé autour de l'ongle un liquide de culture provenant de pus ostéomyélique, et il avait observé « un abcès sous-épidermoïdal qui fit le tour de l'ongle. » Après s'être frictionné le bras avec ce liquide de culture, il avait noté « au bout de six heures, roui-

geur et gonflement à la base des poils de la région frictionnée, et, le lendemain, de petites pustules déjà purulentes. » M. Garré n'hésite pas à considérer comme furonculeuses les diverses lésions.

Le microbe de l'ostéomyélite, comme celui des furoncles, pénètre donc par la peau, soit à l'aide d'une solution de continuité, soit par les orifices des glandes, grâce à la friction qui joue un rôle d'irritation locale. Le *Staphylococcus aureus* paraîtrait exister dans toutes les suppurations à marche aiguë.

Les rapports de l'ostéomyélite et du furoncle ont encore été signalés en clinique, et de nombreuses observations ont relaté la coexistence de ces affections. On a même parlé de la suppléance des accidents ostéomyélitiques par l'apparition des furoncles; le terme ne me paraît pas suffisamment justifié. Nous savons, en effet, que l'ostéomyélite se présente sous de nombreuses formes; il en est une, en particulier, qui a reçu une foule de noms: c'est l'ostéomyélite subaiguë, insidieuse, torpide, traînante, c'est la «*quiet necrosis*» de Paget. Or, dans cette forme, dont les allures sont anormales, quoi d'étonnant qu'une éruption furonculaire puisse se montrer? Il n'y a pas suppléance pour cela: l'ostéomyélite n'en persiste pas moins.

Kraske dit même avoir vu l'ostéomyélite se manifester à la suite d'un furoncle de la lèvre.

Il n'y a donc pas entre ces deux affections des rapports de cause à effet; elles paraissent dues à des microorganismes semblables, et ce qui les différencie serait la localisation du parasite, son mode de pénétration étant le même dans la plupart des cas.— Cependant il n'en est pas toujours ainsi, car le tube digestif a été signalé comme porte d'entrée des microbes de l'ostéomyélite, et jamais de ceux du furoncle.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que le furonculaire est prédisposé à être aussi ostéomyélitique, constatation peu

rassurante pour moi. Mais un autre fait est de nature à me consoler : dans une thèse de Paris (1884), M. Agnès Lowry étudie les « *fièvres de croissance* » et les rattache à des accidents d'ostéomyélite qui peuvent rester latents et présenter plus tard une certaine gravité. Or, je remarque que mon éruption furonculaire a coïncidé avec l'époque où ma croissance était le plus accentuée (1885-1887), et pendant cet intervalle de trois années, je n'ai pas eu de fièvre de croissance, cette forme atténuée de l'ostéomyélite : j'ai simplement eu des furoncles, mais j'en ai eu plus de deux cents. Je suis maintenant tout naturellement amené à m'expliquer le mécanisme de cette extension.

III.

Comment peuvent s'expliquer les *poussées furoncleuses*? M. Pasteur a constaté que les microorganismes dont la description précède ne se développaient pas dans le sang. En effet, tant que l'état général du malade n'est pas mauvais, on ne trouve pas de germes dans la circulation, voire même dans les vaisseaux qui avoisinent la base du furoncle ; ils demeurent cantonnés dans les culs-de-sac qu'ils ont envahis. Ce n'est que dans les formes malignes du furoncle ou de l'anthrax que le sang pourrait charrier des germes et les transporter ainsi d'un point de la surface cutanée à un autre.

Les lymphatiques ne sont pas non plus la voie ordinaire suivie par les microorganismes ; c'est du moins ce qu'affirment les auteurs. Mais comment expliquer l'engorgement

rapide des ganglions à la suite des furoncles ? Serait-ce simplement le résultat de l'inflammation qu'ils occasionnent, et les clous doivent-ils être assimilés à une plaie ordinaire, une simple écorchure aseptique ? Il doit en être ainsi, mais cela n'a pas encore été expliqué nettement ; le fait est qu'on n'a jamais rencontré les germes pathogènes du furoncle dans les ganglions d'une région envahie.

On ne savait donc comment on devait comprendre, surtout chez les sujets sains et forts, cette extension de la maladie, ces poussées interminables de furoncles, quand, en 1881, M. Lœvemberg proposa sa théorie de l'*auto-inoculation*.

Un premier furoncle ouvert à l'extérieur, le pus chargé de germes s'écoule sur la peau, et ceux-ci pénètrent dans les culs-de-sac pilo-sébacés voisins, où ils donnent naissance à de nouvelles pustules. C'est là le mode de formation de ces furoncles que l'on voit fréquemment survenir autour et à la suite du premier clou. Ceux qui siègent loin du lieu primitivement envahi seraient dus au transport de microbes par les doigts du malade qui se gratte, par les pièces de pansement, le linge, etc.

Cet envahissement des germes tout autour d'un point amène la production d'un anthrax. L'anthrax, en effet, ne saurait aujourd'hui être différencié du furoncle : au lieu d'un seul cul-de-sac envahi, il y en a plusieurs, et l'inflammation isolée de tous ces petits furoncles forme bientôt un tout. L'anthrax s'étend plus ou moins rapidement du centre à la périphérie, ou serait la résultante de furoncles confluents ; ce processus envahisseur avait, du reste, été constaté bien avant la découverte du microbe pathogène, puisque, dès 1872, M. Dénucé, dans son article *Furoncle* du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, disait :

« L'éruption confluyente débute toujours par un furoncle isolé, quelquefois par un petit nombre de furoncles distincts,

mais très rapprochés. Sur la zone rouge de ces furoncles primitifs se développe une ceinture de furoncles nouveaux, autour desquels apparaît une nouvelle zone, qui peut devenir elle-même le point de départ d'une nouvelle production furonculaireuse».

Le *panaris anthracoïde* n'est encore qu'une variété de furoncles confluents : c'est simplement une question de siège. Les *orgeolets* à répétition, ou furoncles des cils, sont tout à fait semblables aux autres furoncles dans leur évolution, leur marche, leur terminaison. Mon observation montre que j'ai eu à la fois ou successivement : furoncles, anthrax, orgeolets, panaris anthracoïde.

Au point de vue du pronostic seul, les anthrax doivent être plus spécialement envisagés. Le furoncle isolé est, en effet, bénin ; mais l'anthrax peut amener la mort, si l'on n'intervient pas en temps opportun.

Cette terminaison fatale a été plus spécialement observée dans les cas d'anthrax de la face ; en effet, dans un organisme débilité par une longue maladie ou une cause quelconque, le microbe aérobie envahit le torrent circulatoire, et, dans sa lutte pour l'oxygène, l'emporte sur le globale sanguin. La communication par l'intermédiaire de la veine ophtalmique, des veines de la face avec les sinus caverneux, explique les phénomènes de pyohémie et de méningite qui ne tardent pas à amener la mort. Les symptômes observés dans ces formes graves sont ceux de l'infection putride. Les lésions principales notées à l'autopsie sont : phlébite des veines faciale et ophtalmique et des sinus caverneux. Dans les masses musculaires qui avoisinent le furoncle, on a rencontré de petits foyers purulents. Les veines enflammées renferment soit des granulations graisseuses, soit une bouillie grisâtre ou rosée, soit un liquide couleur chocolat ; autour de ces veines existent des extravasats sanguins. De plus, on a noté des abcès

métastatiques dans les poumons, la rate, le rein, etc., contenant du pus ou une bouillie rougeâtre; souvent il y a épanchement purulent de la plèvre.

Ces cas graves sont heureusement exceptionnels: j'ai eu un anthrax de la lèvre supérieure; il a été incisé et a guéri sans accidents.

Cet anthrax malin que nous venons d'étudier n'est pas, au point de vue pathogénique, différent du furoncle: c'est l'état général du sujet qui fera bien souvent la gravité de la lésion, et la présence de sucre dans l'urine est un fâcheux présage.

Dans une même poussée furonculaire, l'anthrax et le furoncle apparaissent et se succèdent sans ordre, semble-t-il. Toutefois, j'ai remarqué à plusieurs reprises que, dans une même série, les deux ou trois premiers furoncles étaient les plus gros; les autres diminuaient successivement de gravité. On aurait dit que les germes pathogènes, transportés d'un endroit à l'autre par le mécanisme que nous connaissons, perdaient peu à peu de leur virulence, s'épuisaient à la longue dans le même organisme. Mais il n'y a là que des apparences, et le microorganisme du furoncle, tant qu'il n'est pas détruit, reste dangereux et pour le malade et pour les autres.

IV.

Le furoncle est-il une *affection contagieuse*?

Nous avons vu les faits d'auto-inoculation. Les faits de contagion d'un individu atteint à un autre convenablement prédisposé s'expliquent, sans peine, par l'intermédiaire du

micro-organisme vivant, réalisant une affection semblable à celle dont il provient.

M. Lœwemberg n'a pas hésité à admettre la contagiosité du furoncle et a cité, à l'appui de son opinion, plusieurs cas de furoncles de l'oreille entre conjoints.

M. Trastour a communiqué à l'Académie des sciences (27 septembre 1880) une observation très intéressante, que je résumerai :

Il s'agit d'une religieuse atteinte de rhumatisme articulaire chronique, impotente et infirme. Elle eut un anthrax au siège.

Cinq sœurs se succédaient et, souvent, se réunissaient pour la panser, vu la difficulté de la remuer ; deux d'entre elles lavaient la plaie et les linges servant à faire de nouveaux cataplasmes ; l'une d'elles eut bientôt des furoncles aux doigts et à la main, l'autre un seul à un doigt, mais qui fut très douloureux et dura trois semaines. Deux autres sœurs eurent aussi des furoncles : l'une aux deux avant-bras, l'autre au visage, toujours très douloureux et accompagnés de fièvre. M. Trastour appelé à ce moment-là condamna les cataplasmes, et surtout le lavage des linges souillés. La cinquième sœur, la seule qui n'avait pas été contaminée, raconta qu'ayant précédemment soigné un blessé qui avait un anthrax très grave, elle avait eu des furoncles à tous les doigts ; à la suite de cette expérience personnelle, elle avait pris cette fois la précaution de mettre les linges à tremper longtemps dans un bassin rempli d'eau, et d'employer un morceau de bois pour les secouer dans l'eau et les nettoyer.

A côté de cette observation typique et qui se passe de commentaires, je placerai celle de M. Gingeot, qui incise crucialement un anthrax de la nuque et panse tous les jours son malade, sans se préoccuper du pus qui lui coule entre les doigts. Il s'aperçoit un jour qu'un panaris se développe sur le bord externe de l'ongle du pouce droit ; quelques jours

auparavant, il avait eu à ce niveau des envies, et c'est par ces petits décollements épidermiques que les germes avaient pénétré. Tout paraissait fini avec cette lésion, quand une série de furoncles et d'anthrax prit naissance, envahissant successivement les membres, la face et le tronc. M. Gingeot dit n'avoir jamais eu de furoncles, avant cette éruption, et n'être pas glycosurique. Il est donc porté à voir là un exemple manifeste de contagion.

John Startin donne aussi sa propre observation en faveur de la contagiosité du furoncle, qui peut se faire, ajoute-t-il, d'une façon médiate ou immédiate.

Quelquefois, ce sont les instruments de chirurgie, les pièces de pansement qui servent d'intermédiaire; l'observation résumée qui suit peut servir d'exemple:

Le docteur Hergott (de Nancy) relate un cas de contagion qu'il a observé à la Maternité de cette ville: une des accouchées eut un anthrax à la région fessière, et le bassin qui servait à faire des injections vaginales contamina plusieurs femmes: des précautions antiseptiques suffirent à faire cesser cet état de choses.

Dans les cas de ce genre, l'enchaînement des phénomènes est facile à saisir. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'on voit survenir maintes éruptions de furoncles, sans qu'on puisse connaître le mécanisme de la contamination.

L'état général du malade devra souvent être placé au premier plan. C'est ainsi que chez les convalescents de fièvres graves, chez les individus affaiblis, chez ceux particulièrement dont le système nerveux est atteint et, par suite, dont la peau souffre et est mal nourrie, il n'est pas rare de voir la moindre intervention thérapeutique être suivie d'une éruption furonculaire plus ou moins discrète, d'une durée très variable. Je n'en veux pour preuve que l'observation suivante:

OBSERVATION

(due à l'obligeance de M. le Médecin Principal Kiener)

Sciatique. — Un vésicatoire est le point de départ d'une affection furonculaire qui s'inocule sur des scarifications de ventouses. — L'examen microscopique fait découvrir des micrococci. — Des deux inoculations faites au sujet une seule a reproduit un furoncle. — Traitement antiseptique. — Guérison rapide.

Agg....., soldat au 122^e de ligne, 23 ans, 13 mois de service. Entre à l'hôpital le 2 mai 1884.

Deux ans auparavant, il avait eu une première sciatique, qui avait duré deux mois.

L'atteinte actuelle durait depuis vingt jours quand le malade entra à l'infirmerie, où un premier vésicatoire fut appliqué par erreur, en dedans et au-dessus du sciatique. Deux jours après, un second vésicatoire fut appliqué un peu en arrière du grand trochanter; à l'entrée du malade à l'hôpital, ce dernier vésicatoire était entretenu depuis dix jours.

A cette époque, on constata que le premier vésicatoire ne suppurait plus, mais présentait à sa périphérie une couronne inflammatoire. Le second, au contraire, était suppurant, à fond gris; de son bord partaient des traînées de lymphangite en forme de languettes assez étendues.

Le lendemain (3 mai), la névralgie sciatique étant très douloureuse, on applique six ventouses scarifiées sur le trajet du nerf: trois sur la fesse, trois sur la cuisse.

Dès le surlendemain, on remarque que les trois ventouses occupant la fesse ont toutes leurs scarifications transformées

en sillons de suppuration, recouverts d'une petite croûte; à la périphérie, on note de la lymphangite. Des trois ventouses qui siègent sur la cuisse, l'inférieure ne présente qu'une vésico-pustule assez petite sur une scarification: la moyenne porte trois pustules déjà plus grosses; la supérieure, dont les scarifications étaient très superficielles, présente sept ou huit petites vésico-pustules. Les traînées de lymphangite sont d'un rouge vif; on constate une excessive hyperesthésie de la peau. Un pansement est fait à la glycérine phéniquée, qui d'ailleurs n'améliore pas sensiblement l'état des parties.

Le lendemain, 6 mai, du pus pris sous les croûtes est étendu en préparation sèche sur une lame de verre; il est examiné le 8 mai, après coloration par la fuschine et décoloration par l'alcool. La préparation est remplie de micrococci, tantôt isolés, tantôt réunis deux à deux (diplococci), tantôt en chaînettes ou par groupes de sept à huit, mais ceux-ci sont plus rares.

Le 8 mai, le pansement est fait avec la glycérine chloralée. Dès le lendemain, la plupart des vésico-pustules sont flétries, et on se procure difficilement du pus pour deux inoculations, que l'on pratique à la région lombaire du même côté. L'hyperesthésie cutanée a disparu; la lymphangite est pâle et n'occupe plus une aussi vaste surface que les jours précédents.

Le 11 mai, les vésico-pustules présentent une recrudescence: elles étaient déjà en voie d'amélioration. Des deux inoculations, une seule a donné lieu à une pustule entourée d'une aréole rouge; elle est grosse comme une pièce de vingt centimes.

Le 13 mai, les vésico-pustules présentent un aspect différent. Quelques-unes sont guéries et marquées par une collerette d'épiderme en desquamation; d'autres sont encore dans le même état qu'auparavant. Enfin, il s'en est produit de

nouvelles à quelque distance des scarifications. Elles sont plates, composées chacune par l'agglomération de vésico-pustules plus petites; elles sécrètent une sérosité jaunâtre, collant aux doigts, et plus ou moins trouble suivant la vésico-pustule examinée. Leur périphérie présente en divers points des prolongements rougeâtres très manifestes.— A la région inguinale, on perçoit, du côté correspondant, de gros ganglions, durs et douloureux.

Le 20 mai, c'est-à-dire quinze jours après l'apparition des premières vésico-pustules, la guérison est presque totale; les vésico-pustules ont disparu, mais ont laissé des traces chéloïdes. La sciatique est soulagée; le malade marche sans boiter.

Enfin, le 1^{er} juin, la guérison est complète; à la place de chaque vésico-pustule est une tache pigmentaire, brune, élevée et très apparente. La sciatique est complètement guérie.

Le malade est envoyé en convalescence. Il n'a plus reparu à l'hôpital.

Tels sont les phénomènes que présenta cette singulière affection; essayons de les interpréter. Et tout d'abord, on est en droit de considérer comme furonculeuses ces vésico-pustules; la constatation de micrococci dans le pus, la description de ces petites plaies avec lymphangite et engorgement ganglionnaire, l'inoculation suivie de succès, enfin le mode de disparition de la pustule, avec apparition d'une collerette épidermique, et, en dernier lieu, d'une cicatrice brune indélébile, tout cet ensemble symptomatique se rapporte bien au furoncle. Les germes de la suppuration ordinaire ne procèdent pas généralement ainsi; les abcès qu'ils déterminent ont une allure différente: ils sont plus vastes et moins nettement délimités; de plus, ils ne procèdent pas généralement

par poussées, et leur terminaison n'a pas les caractères ci-dessus mentionnés.

Ce qui est plus particulièrement intéressant à étudier dans le cas qui nous occupe, c'est le mode singulier par lequel s'est faite la contagion; il n'y avait pas de furoncleux dans le service à ce moment-là, et l'on ne peut accuser le bistouri qui avait servi à faire les scarifications des ventouses d'avoir été le vecteur des germes pathogènes, car les précautions antiseptiques en usage dans le service, avaient été observées comme de coutume. On peut admettre que le vésicatoire, placé à l'infirmerie, l'avait été sur une surface non préalablement désinfectée; la sérosité s'écoulant, a pu ainsi collecter les germes du voisinage, et les scarifications des ventouses appliquées ultérieurement leur ont facilité l'accès dans les culs-de-sac pilo-sébacés: d'où les vésicopustules; les germes qui sont restés dans le tissu cellulaire sous-cutané et s'y sont développés, ont produit la lymphangite. Quant à l'engorgement ganglionnaire, il est aisé à concevoir, puisque la moindre petite plaie peut suffire à le produire.

L'examen microscopique a montré des micrococques que les auteurs décrivent sous les noms de *Torula pyogenica*, de *Staphylococcus pyogenes aureus*, etc. La première, est ce diplococcus que nous avons vu être plus spécial au furoncle; les autres, nous les avons rencontrés un peu partout, dans l'ostéomyélite, la suppuration franche, etc.

Au point de vue thérapeutique et dans de pareilles conditions, je ne doute pas de l'insuccès des cataplasmes, si on les avait employés. On avait affaire à un individu atteint de névralgie sciatique, c'est-à-dire dont on était en droit de suspecter le fonctionnement de la peau; de plus, les scarifications offraient des portes d'entrée multiples aux germes que les cataplasmes émollients ne tuent pas.

Les antiseptiques, surtout ici, devaient être employés, mais je ne m'explique pas pourquoi la glycérine chloralée a mieux agi que la glycérine phéniquée. Cette différence doit tenir au titre de la solution : le chloral est d'ailleurs un aussi bon antiseptique que le phénol.

J'ai eu l'occasion d'observer, pendant mon éruption furonculaire, quelques *cas personnels de contagion* sur lesquels je désire m'arrêter un instant.

Lors des vacances de Pâques, en 1885, j'arrivai dans ma famille porteur de quelques furoncles. Deux de mes frères n'ayant jamais eu de clous, présentèrent à cette époque une série de petites vésico-pustules furonculeuses. L'un d'eux m'avait incisé un furoncle de la partie postérieure de la cuisse et avait pressé sur la tumeur pour faire sortir le bourbillon ; il présenta des furoncles aux doigts et à la nuque. Chez le second, je n'ai pu saisir, dans les relations de la vie commune le processus véritable de la contagion. D'ailleurs ni l'un ni l'autre n'eurent de véritable poussée, et tout se borna à quelques petits furoncles épars qui guérissent sans traitement.

Chez mes amis, j'ai pu, dans deux cas, saisir l'enchaînement intime des phénomènes de la contagion.

Mon ami L. B..., alors étudiant à la Faculté des Sciences, m'offre un certain soir l'hospitalité ; il avait eu autrefois des furoncles, mais, depuis plusieurs années, n'en avait pas présenté. J'avais à ce moment-là des furoncles à la nuque ; quelques jours après, il en avait aussi au même niveau. Des germes déposés sur l'oreiller avaient sans doute été collectés par les cheveux de la partie postérieure du cou, et, trouvant un sujet prédisposé, s'étaient développés. Il eut ainsi plusieurs petits furoncles et un anthrax assez volumineux qui nécessita l'intervention chirurgicale ; une incision cruciale profonde s'opposa à l'extension du mal, diminuant la douleur,

et facilitant l'élimination du produit de nécrose. Pansement antiseptique.

Un autre de mes camarades se sert de mon pantalon de cheval et présente aux cuisses et aux fesses une série de petits furoncles.

Chez mes collègues et amis Co... et Cl... qui ont, à plusieurs reprises, eu des furoncles en même temps que moi, sans en avoir jamais présenté auparavant, je ne puis préciser aussi exactement le mode de contamination; les rapports que crée une vieille et indissoluble amitié ne sont-ils pas suffisants pour faire admettre la possibilité de la contagion d'une façon quelconque?

J'ai donc pu me rendre compte qu'une cohabitation fortuite, l'usage de vêtements non désinfectés, ou simplement les relations de tous les jours étaient des conditions suffisantes pour faire admettre la contagiosité de l'affection furonculaire. La littérature médicale fourmille aujourd'hui d'exemples de ce genre; mais ce n'est que depuis peu de temps que cette contagiosité ne fait plus de doute pour personne. En 1866, le professeur Trélat dit encore dans l'article *Anthrax* du dictionnaire de Dechambre: «Aucun fait ne témoigne en faveur de la contagion de l'Anthrax; les prétendus cas de contagion qui ont été cités de loin en loin sont simplement des cas d'inoculation septique, suivis de panaris et d'angioleucite».

Aujourd'hui on ne pense plus ainsi. Non seulement les cas de contagion sont admis, non seulement ils ne sont pas rares, mais encore on a fait le départ entre ce qui revient au furoncle et ce qui est du domaine de l'infection putride. On sait encore le rôle secondaire que jouent les vaisseaux sanguins et lymphatiques dans la pathogénie du furoncle et de l'anthrax. On sait enfin les liens étroits qui unissent ces

deux formes de l'affection avec le panaris anthracôide et l'orgeolet.

L'anthrax et le furoncle sont si bien contagieux qu'on a été jusqu'à parler d'*épidémies de furoncles* ; les observations de Laycock, Kinglake, Hunt, Tholozan, Cazin, etc., en sont un témoignage. Dénucé a même reconnu un caractère *endémique* à l'affection furonculaire, dans les environs de Bordeaux.

Aux nombreux exemples de contagion que fournit la clinique, il convient d'ajouter encore les faits positifs d'expérimentation. Lannelongue, Lœwemberg, M. Gingeot ont inoculé avec succès des furoncles, en se mettant à l'abri des germes étrangers. Mais il faut encore que l'individu soit prédisposé ; s'il est réfractaire, l'inoculation dans le tissu cellulaire sous-cutané ne donne lieu qu'à un petit abcès qui guérit vite. Si les germes pathogènes sont déposés à l'ouverture des glandes de la peau, ou mieux dans les culs de sac glandulaires eux-mêmes, les expériences sont toujours positives.

L'inoculation de matière furonculaire aux animaux n'a jamais donné lieu qu'à des abcès inflammatoires vulgaires, sans gravité, et n'a jamais reproduit le furoncle primitif. Pour l'ostéomyélite, au contraire, nous avons vu plus haut que l'inoculation du *Staphylococcus aureus* à de jeunes animaux préalablement ou non fracturés, avait réalisé une maladie expérimentale assez semblable à la maladie naturelle ; d'ailleurs celle-ci ne se montrerait jamais spontanément chez les animaux ; pour le furoncle, il en serait de même.

Nous admettons donc la contagiosité du furoncle, grâce à la pénétration d'un principe vivant, susceptible de se développer d'autant mieux que le terrain lui est plus favorable. La découverte du germe pathogène a été, au double point de vue de l'étiologie et de la pathogénie, une satisfaction donnée à l'esprit ; de plus, la thérapeutique est entrée depuis

ce jour dans une voie nouvelle; à un traitement empirique, s'est substitué un traitement rationnel; aux résultats incertains ou incomplets que donnaient les anciennes médications s'opposent les bienfaits de la méthode antiseptique. L'étude comparative des divers moyens de traitement proposés contre le furoncle fait nettement ressortir cette différence.

TRAITEMENT.

Et tout d'abord doit-on traiter le furoncle? ou vaut-il mieux, comme on le prétendait jadis, le considérer comme un bienfait de la nature?

L'hésitation n'est pas de mise aujourd'hui. La gravité du furoncle n'est pas la règle, je le veux bien; mais le pronostic de Celse me paraît un peu trop bénin: « *In furunculo nullum periculum est, etiam si nulla curatio adhibeatur* » disait-il.

D'ailleurs, et bien que, jusqu'ici, je ne me sois pas spécialement occupé de l'anthrax, je désire tout au moins esquisser son traitement; nous savons en effet que furoncles et anthrax marchent souvent de pair et comme ce sont deux formes voisines d'une même affection, un même traitement sera, dans certains cas, applicable aux uns comme aux autres. Or, l'anthrax peut être grave et l'expectation, qui d'ailleurs a eu et a encore de chauds partisans, ne saurait être érigée en règle générale. Avec les progrès de la chirurgie moderne, sous les auspices de la méthode antiseptique, le chirurgien peut et doit intervenir avec efficacité, sans avoir à redouter les complications qu'ont exagérées sans doute les partisans de la non intervention chirurgicale.

La thérapeutique de l'affection furonculaire peut être envisagée à trois points de vue que j'étudierai successivement:

1° Traitement local.

2° Traitement général.

3° Traitement hygiénique et prophylactique.

1^o TRAITEMENT LOCAL.

Deux manières différentes d'envisager la question se présentaient à mon esprit. Je pouvais, ou bien faire une étude approfondie historique et comparative des divers modes de traitement, et ils sont nombreux; ou bien rester essentiellement sur le terrain de la clinique, et voir, le cas échéant, de quelle façon il serait plus convenable de traiter tel ou tel anthrax, tel ou tel furoncle.

Ce dernier point de vue m'a paru plus pratique; il est, je crois, sinon plus savant, du moins plus utile.

D'ailleurs, on ne doit pas systématiser dans le traitement de l'anthrax ou du furoncle. Chaque chirurgien arrive et préconise son traitement, le trouvant supérieur à celui de ses confrères; d'où des discussions interminables au sein des sociétés savantes; c'est ainsi que :

Dupuytren voulait de larges incisions. Nélaton, d'abord partisan de la non intervention, fit plus tard de grandes incisions cruciales assez profondes pour avoir quatre lambeaux. Vulpian préconisait des incisions multiples, en tulipe, disposées comme les rayons d'une roue.

Richet, Marjolin, insistent pour qu'on dépasse les limites du mal.

A. Guérin (1864) décrit son procédé des incisions sous-cutanées.

Broca n'a pas fait mais a proposé l'ablation de la tumeur furonculaire comme pour la pustule maligne.

Gosselin, Desprès, Hardy, sont toujours restés partisans de l'expectation.

Le Fort préfère un procédé allemand qui consiste à inciser crucialement et à se servir d'une curette tranchante.

Marc Sée se rallie à un autre procédé allemand: avec un ténotome, il fait sur la périphérie une petite incision et coupe sous la peau les brides tendineuses, ouvrant ainsi les collections purulentes; des lavages phéniqués hâtent la guérison.

Tillaux dit que le principe de cette méthode est le même que celui des incisions sous-cutanées de A. Guérin, et que ni l'un ni l'autre de ces deux procédés ne doit être toujours employé. Il n'incise que les anthrax douloureux.

Le Dentu relate les bons effets de l'incision, mais au sixième ou huitième jour, au point de vue de la douleur, il emploie toujours les antiseptiques après l'incision.

Chassaignac considérait les bourbillons comme des corps étrangers, et pour lui l'expectation faisait courir aux malades de graves dangers.

Follin a recours aux caustiques.

Billroth est pour les incisions préventives.

L. Labbé se place au point de vue clinique et admet des procédés différents, suivant la gravité de l'anthrax.

Trélat pense de même.

Verneuil, comme Tillaux, pense que l'expectation sera la règle dans les quatre cinquièmes des cas: il incisera les anthrax douloureux, ou qui ne se limitent pas d'eux-mêmes, et les anthrax qui ont une tendance à la diffusion; exemple les anthrax diabétiques; comme procédé, il fait, avec le thermocautère, ce que Vulpian faisait avec le bistouri; des incisions multiples en rayons de roue, dépassant d'un bon centimètre les limites du mal. C'est, dit-il, un traitement actif; il n'y a pas d'hémorrhagie. Le malade chloroformisé ne souffre pas.

Boinet fait aussi des incisions en tulipe, dépassant les limites du mal; il introduit des flèches de Canquoin et quand les lambeaux sont détachés, il met de la teinture d'iode.

Traitement long mais efficace.

Encore aujourd'hui et malgré la méthode antiseptique, les

chirurgiens ne sont pas d'accord sur la valeur de ces divers procédés d'incision, ni même sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale.

Toutefois il est admis qu'il ne doit pas y avoir un traitement, mais des traitements de l'anthrax et du furoncle; ce sont les données cliniques qui guideront le chirurgien.

Les indications de l'intervention en tel ou tel sens, se tirent principalement du siège du furoncle ou de l'anthrax; de l'état diathésique du malade, enfin des proportions que le mal a déjà prises ou pourra prendre. Dans les diverses formes de l'affection furonculeuse, les divers agents thérapeutiques ne seront pas également de mise; aussi je crois qu'il est bon d'envisager à part:

1° Les furoncles du conduit auditif externe et de la cavité nasale.

2° Les orgeolets ou petits furoncles des cils.

3° Les furoncles et anthrax de la face.

4° Les furoncles et anthrax des fesses, de l'abdomen, de la nuque, des membres.....

5° Le panaris anthracoïde d'origine furonculeuse.

6° L'anthrax diabétique.

7° Le traitement abortif de ces diverses formes.

Furoncles de l'oreille et du nez.

Ces furoncles sont très douloureux, aussi doit-on essayer de les faire avorter.

Weber-Liel, dès le début, enfonce la pointe d'une seringue de Pravaz de un à deux millimètres, suivant le degré de gonflement du point douloureux, et injecte deux à quatre gouttes d'une solution phéniquée à cinq pour cent. Un quart d'heure après, la tension et la douleur ont cessé. Si elles re-

paraissent, un bain local d'*alcool rectifié* amènerait un soulagement manifeste. L'alcool a ici une double action :

1° Il enlève de l'eau aux tissus ; et 2° il agit comme anesthésique. S'il y avait déjà plusieurs furoncles, faire plusieurs injections.

Les précautions à prendre sont :

1° De se servir de solutions phéniquées pures.

2° De ne pas injecter, en commençant, plus de deux à quatre gouttes.

Des doses plus fortes, surtout avec des solutions plus concentrées à huit pour cent, par exemple, produisent une anesthésie instantanée, mais provoquent ensuite une chaleur cuisante qui persiste une à deux heures. Toutefois l'inflammation a disparu, il reste seulement une légère sensibilité à la paupière et un peu de dureté d'oreille pendant quelques jours. Lœwemberg, qui par sa situation est appelé à soigner de nombreux cas de furoncles de l'oreille, recommande de toucher la tumeur au *galvano-cautère* ou bien d'*inciser aseptiquement* et de mettre sur les furoncles ouverts de l'*acide borique* en poudre finement pulvérisée. Même traitement pour les furoncles du nez.

Le *benzoate de soude* et la *résorcine* lui ont aussi donné de bons résultats.

Orgeolets.

Le voisinage de l'œil, le peu d'épaisseur de la région, la présence de la conjonctive palpébrale restreignent l'emploi des agents thérapeutiques.

L'antiseptique par excellence est ici encore l'*acide borique* en solution aqueuse à trois pour cent.

Il est toxique pour les germes infectieux, qu'il tue en les privant d'oxygène ; de plus, son acidité faible le rend inoffensif ; n'étant pas irritant, il est bien supporté par la muqueuse palpébrale. Des compresses chaudes d'acide borique sont le meilleur traitement à opposer aux orgeolets. On est quelquefois, cependant, obligé d'en venir à l'*incision*.

Celle-ci devra toujours être suivie d'applications immédiates et continues d'acide borique.

Hébra (de Vienne) a préconisé le *froid*, produit par un mélange réfrigérant quelconque.

Panas indique aussi des compresses d'*eau glacée* renouvelées ; de plus, il donne de l'*opium* à l'intérieur, 0 gr. 05 d'extrait thébaïque.

Ce procédé expose aux refroidissements et peut amener la gangrène s'il est continué pendant longtemps. J'ai obtenu de très bons effets, au contraire, des compresses boriquées chaudes.

Furoncles et anthrax de la face.

La malignité de l'affection furonculaire, dans cette région, doit toujours être présente à l'esprit. On admettait que les $\frac{4}{5}$ des cas d'anthrax de la lèvre supérieure, notamment, étaient mortels ; le pronostic n'est pas aussi grave de nos jours. Il faut, avant tout, essayer le traitement abortif : l'application de couches répétées de *teinture d'iode*, les cautérisations avec le *nitrate d'argent* sont deux moyens efficaces. Employés dès le but, ces deux agents entravent la marche de l'anthrax ; on n'aura plus affaire qu'à un furoncle plus ou moins grave.

Le seul inconvénient est la tache brunâtre qui persiste un temps plus ou moins long ; chez une femme, on se ser-

vira donc de l'*alcool camphré* indiqué par Simon ; le camphre et l'alcool sont deux parasitiques. On frictionnera la tumeur légèrement et à plusieurs reprises dans la journée.

Toutefois, si l'on est consulté trop tard, *inciser* même avant que le pus soit complètement formé, et *laver antiseptiquement* la plaie avec une solution phéniquée à 5 p. 100, ou la liqueur de Van Swieten, ou une solution saturée à chaud d'acide borique. Pour les gros anthrax, l'incision sera faite au *thermo-cautère* et suivie toujours de lavages antiseptiques : ce dernier moyen est le plus recommandable.

Furoncles et anthrax des fesses, de la nuque, des membres, etc.

Ce sont les plus commus ; leur gravité n'est pas comparable à celle des anthrax de la face. Ici, la plupart des moyens sont applicables, et on se servira de ce qu'on aura sous la main.

Les petits furoncles guérissent sans traitement souvent, mais s'ils sont gênants, on les recouvrira d'un petit morceau de *taffetas anglais* ou de *collodion élastique*, avec un sixième d'acide salicylique ; on préviendra ainsi l'auto-inoculation, et la petite tumeur sera à l'abri des frottements.

Si les furoncles sont déjà plus gros, il faut intervenir plus activement et sans tarder ; et, tout d'abord, on devra proscrire absolument les *cataplasmes émollients* de farine de lin, d'amidon, de mie de pain, etc. : froids, ils ne font aucun bien ; chauds, ils ne servent qu'à activer le développement des germes pathogènes et à leur faciliter les portes d'entrée tout autour du premier furoncle. L'épiderme, grâce à cette chaleur humide et douce du cataplasme, se ramollit ; les orifices glandulaires se dilatent, l'infection est ainsi facilitée.

De plus, les substances organiques que renferment les émoullients sont, pour Lœwemberg, un aliment pour les parasites, et, grâce à eux, ils pullulent à merveille. Les bains tièdes de son, d'amidon ont les mêmes inconvénients que les cataplasmes.

Si l'on était toutefois absolument obligé d'y avoir recours, soit que le malade le désire, soit que la douleur ne puisse être calmée par les opiacés, il faudrait essayer de les rendre aseptiques.

Alors on donnera la préférence au cataplasme de mie de pain, fait avec une solution saturée à chaud d'acide borique. D'ailleurs, on pourra parfaitement se passer des émoullients; le premier agent que je recommanderai, parce qu'il m'a été souvent utile, est le *nitrate d'argent*. Voici comment on opère:

Dès le début, alors que déjà la sensation de clou enfoncé dans la peau, révèle au malade l'existence d'un nouveau furoncle, ou même si celui-ci a déjà pris une certaine extension, c'est-à-dire au troisième ou quatrième jour, on prend un crayon de *nitrate d'argent*, on le trempe dans l'eau et on le passe sur la tumeur, en ayant soin de dépasser sur toute la circonférence les limites apparentes du mal; aussitôt après, on a le soin d'enlever l'excès de caustique avec un linge trempé dans de l'eau pure. On badigeonne ainsi successivement deux ou trois fois dans la même séance. Si le furoncle était au début, il arrive le plus souvent qu'il avorte; dans les cas plus avancés, il faut répéter cette opération deux ou trois fois dans la journée. Dès le lendemain: le furoncle n'est plus douloureux; son extension est empêchée.

Le plus souvent on n'a pas de suppuration; la tumeur diminue petit à petit, et, seule, une tache brunâtre persiste quelque temps. Si déjà le centre de la tumeur examinée présente un petit orifice, il est bon, de plus, d'enfoncer assez

profondément la pointe au sein de la tumeur, en faisant tourner un instant le crayon entre les doigts; l'action caustique du nitrate d'argent a ainsi son maximum d'effet; le bourbillon ne tarde pas à être éliminé. La cicatrice est régulière.

Il faut avoir soin, ainsi que je l'ai indiqué, d'enlever l'excès de nitrate d'argent, sans cela on arriverait à une véritable vésication.

C'est ce qui m'arriva un jour; j'avais un gros furoncle sur la face antérieure de la cuisse droite, et voulant me rendre compte de l'action du nitrate d'argent, je ne touchai pas à la tumeur, mais la circonscrivis par une barrière à 1 centim. environ des limites du mal; donc, sur la peau saine, je passai à plusieurs reprises un crayon de nitrate d'argent trempé dans l'eau et n'enlevai pas l'excès de caustique: je décrivis ainsi autour de la tumeur une circonférence de 6 centim. de diamètre.

Cette cautérisation énergique mit le derme à nu; le furoncle continua à grossir, mais ne dépassa pas les limites que je lui avais imposées; il y a dix mois de cela et la tache brune dessine encore le passage du crayon. Le nitrate d'argent me paraît agir d'abord comme un antiseptique puissant; de plus, il détruisait les extrémités nerveuses qui viennent se terminer sous la couche cornée de l'épiderme; les nerfs n'étant plus sensibles, la douleur disparaît. Enfin le nitrate d'argent resserre les vaisseaux et s'oppose à l'inflammation.

La *teinture d'iode*, préconisée dès 1865 par Boinet comme un véritable abortif, peut également être employée pour les furoncles déjà avancés.

Avec un pinceau, on fait d'épais badigeonnages, on accumule ainsi des couches successives jusqu'à formation d'une plaque brune, plusieurs fois par jour et pendant plusieurs jours.

En dehors de l'action parasiticide des deux agents qui entrent dans la composition de la teinture d'iode (alcool et iode), le médicament peut agir sur l'élément phlegmasique par voie substitutive ou autre. Elle pénètre très bien par imbibition sans que le furoncle soit ouvert; après l'incision, l'application de teinture d'iode est un peu douloureuse, mais son action antiseptique est énergique.

Les *solutions antiseptiques* d'acide borique, d'acide salicylique, de sublimé, d'acide phénique, thymique, etc., devront toujours être employées après l'incision, que celle-ci eût été faite au thermo-cautère, au bistouri, qu'il y ait eu une ou plusieurs incisions, enfin que celles-ci aient été superficielles ou profondes; ces dernières doivent toujours être préférées, on est sûr d'atteindre ainsi les limites du mal.

Mais ne jamais faire d'incisions, si l'on ne doit pas avoir recours aux agents antiseptiques.

Ces trois moyens, à la portée de tout le monde, donneront de très bons résultats. On a encore préconisé d'autres moyens efficaces aussi, mais plus dangereux; la cautérisation avec le *nitrate acide de mercure*, avec une *solution phéniquée forte*, la peau étant préalablement mise à nu; avec la pâte de Vienne etc., etc.

Le *diachylon*, découpé en Croix de Malte, considéré par Boyer comme maturatif, n'est bon qu'à préserver le furoncle de l'action de l'air, des frottements.

La *teinture d'arnica* que Planat (de Nice) recommande, agit surtout par l'alcool qu'elle contient.

Bidder (*Semaine médicale*, 26 janvier 1887) déclare abortives les *injections parenchymateuses d'acide phénique* à 2 p. 100.

Un peu à droite du centre de la tumeur, il introduit obliquement l'aiguille de la seringue de Pravaz et dépose quelques gouttes de la solution phéniquée. Une seconde piqûre

est faite symétriquement à gauche, de manière que l'aiguille aboutisse aussi au centre même de la tumeur.

Si le furoncle est assez gros, il faut quatre piqûres et injecter la valeur d'une seringue entière — mais lentement; la partie enflammée est ensuite recouverte de compresses d'eau phéniquée.

La piqûre est d'abord un peu douloureuse, mais au bout de quelques minutes la douleur disparaît.

La guérison est obtenue au bout de trois à cinq jours et il n'y a pas de cicatrice.

Weber-Liel emploie aussi la solution phéniquée, mais à 5 p. 100 et deux à quatre gouttes seulement.

Les gros anthrax seront ouverts largement au *thermo-cautère* et pansés avec l'iodoforme, l'iodol, la poudre Lucas-Championnière; pansement antiseptique; on surveillera attentivement l'état de la plaie.

Panaris anthracôïde d'origine furonculeuse.

Si les poils qui siègent sur la face dorsale de la première phalange des doigts sont le siège de furoncles, faire l'incision au bistouri, profonde, parallèle aux plis que fait la peau, c'est-à-dire perpendiculairement à l'axe du doigt; on ne risque pas d'intéresser de vaisseau important et la cicatrice sera moins apparente.

Laver la plaie antiseptiquement.

Anthrax diabétique.

Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur le traitement; les uns défendent d'y toucher, Verneuil dit qu'on ne sauve

que ceux qu'on incise. L'observation résumée qui suit plaide en faveur de l'intervention.

OBSERVATION.

(Communiquée par M. le Principal Kiener)

Anthrax diabétique. — Incision au thermocautère. — Pansement antiseptique. — Guérison.

M. H..., 51 ans, contrôleur d'armes. Taille moyenne. Constitution athlétique, thorax large. Obésité.

Comme antécédents héréditaires, on ne voit rien que de l'obésité ; mais jamais de diabète ni de goutte.

Le malade a toujours joui d'une bonne santé, il n'a eu que les fièvres intermittentes en Algérie, de 1864 à 1867 ; depuis, plus d'accès.

Début au mois d'avril 1885 pendant une inspection fatigante en raison de l'irrégularité des repas, des voyages, d'un surcroît de travail, survient de l'anorexie, soif intense, déperdition des forces.

Le 20 novembre, un premier furoncle apparaît sur l'épaule gauche, petit, bleuâtre, douloureux. Cinq à six jours après, sur l'épaule droite, survient un second furoncle qui prend bientôt les dimensions d'un anthrax. Pas de dyspepsie, pas de symptômes oculaires, sinon que le malade est devenu presbyte depuis deux ans.

A son entrée à l'hôpital, le malade frappe l'attention par la décomposition des traits : teint plombé, œil atone, apparence d'adynamie profonde ; apyrétique le matin, 38°2 le soir ; embonpoint conservé ; facultés intellectuelles émoussées, rêvasseries et cauchemars pendant la nuit.

L'anthrax de l'épaule droite est large comme la paume de la main, bleuâtre, percé à son centre de plusieurs pertuis d'où s'écoule beaucoup de pus. Bords mal délimités, l'anthrax paraît en voie d'augmentation à la périphérie. La partie centrale est moins douloureuse que les bords.

Incision cruciale, profonde, au thermo-cautère. Pas d'hémorrhagie, la plaie est saupoudrée avec la poudre de Lucas-Championnière. Pansement antiseptique renouvelé tous les deux ou trois jours.

L'urine, analysée trois jours avant l'entrée à l'hôpital, contenait 46 gr. de sucre par litre.

Depuis l'apparition du premier furoncle, le malade garde le lit ; il a perdu l'appétit, soif assez prononcée.

L'alimentation est réglée suivant les désirs du malade, position opiacée pour la nuit. Depuis le jour de l'incision, l'état général s'améliore peu à peu ; la plaie suppure abondamment, la rougeur et l'empâtement diminuent. Les eschares produites par le thermo-cautère laissent apparaître un tissu rose ; le fond de la plaie est encore rempli de tissu cellulaire sphacélé ; le malade est complètement apyrétique. L'appétit revient peu à peu, mais l'alimentation reste modérée ; le pain de gluten est difficilement accepté par le malade. L'urine contient encore beaucoup de sucre.

Le 27 décembre, la plaie est complètement détergée ; les lambeaux se rapprochent, le malade va très bien. Il sort guéri dans le courant du mois de janvier.

Pour l'anthrax diabétique, le meilleur traitement est, à mon avis, celui qui fut employé dans le cas que je viens de relater, cas assez grave comme on a pu le voir. Donc, large incision au thermo-cautère et antisepsie. Bien entendu, on s'occupera de l'état diathésique du malade ; l'alimentation sera dirigée dans ce sens.

Traitement abortif.

C'est assurément le meilleur, si toutefois le malade se présente à temps. Les agents qui sont ici le plus recommandables, sont le *nitrate d'argent*, la *teinture d'iode* et les *injections d'acide phénique* à 5 0/0.

Le froid, le chlorate de potasse, la pommade mercurielle, les saignées locales (10 à 20 sangsues), la compression usitée en Angleterre, sont des moyens dont l'efficacité n'est pas démontrée.

Le traitement abortif, bien fait, n'a pas d'inconvénients; ses principaux avantages sont : suppression de la douleur, extension de l'affection empêchée, guérison rapide, pas de cicatrice vicieuse.

2° TRAITEMENT GÉNÉRAL.

C'est surtout un traitement médical, c'est par lui qu'on s'opposera à la furonculose; dans ces interminables poussées de clous, le traitement chirurgical sera d'autant moins nécessaire, que le traitement médical aura été de bonne heure bien institué et efficacement continué.

Laisser de côté les anciennes médications, qui n'ont rien de rationnel, et qui peuvent être plus nuisibles qu'utiles.

Les *saignées générales* et répétées ne font qu'affaiblir inutilement le malade.

Les *purgatifs* à outrance ont le même inconvénient; on purgera seulement le malade une fois ou deux dans les débuts de l'affection et à intervalles éloignés; l'état des fonctions digestives seul en indiquera l'utilité.

Les *dépurgatifs* ne peuvent être utiles que contre le lymphatisme de certains sujets, mais ne peuvent rien contre la nature parasitaire de l'affection.

Les *arsenicaux* et les *alcalins* trouvent leur indication dans les cas d'anthrax diabétiques où la dypsepsie doit être combattue. Les eaux de Vichy, Vals, Royat seront très efficaces dans ce sens.

Les *préparations de goudron*, faciles à employer, auront des effets salutaires contre l'essence même de la maladie. Le goudron contient de la créosote, qui s'élimine par la peau, et s'oppose à l'envahissement des germinations. Donc, boire aux repas de l'eau de goudron forte et en absorber beaucoup.

Les *préparations sulfureuses*, proposées par Sydney Rinzler dès 1874, et vantées par M. Gingeot, agissent dans le même sens et encore plus activement. Elles seront moins efficaces chez les diabétiques dont la peau fonctionne mal, mais chez les autres furonculaires, elles s'opposent énergiquement à l'extension de la furonculose et à la suppuration des furoncles.

Les préparations artificielles sont préférables aux eaux sulfurées naturelles, car, sous un petit volume, elles contiennent une plus grande quantité de médicament; et il faut arriver promptement à la saturation du malade par les sulfures; donc, dès les premiers jours, on donnera des doses fortes; sans cela, on peut ne pas avoir de bons résultats. — En effet, d'après Wohler, les sulfures s'oxydent dans l'organisme et se transforment en sulfates, qui sont bien moins antiseptiques, et ne s'éliminent pas par la peau. Il faudra donc que la dose de sulfure ingérée soit assez forte, pour qu'une partie passe en nature dans l'urine; avec les sels de plomb, on devra obtenir un précipité noir de sulfate de plomb.

Le traitement par les sulfures doit être continué pendant un mois. Dans les cas rebelles, y revenir un mois après.

Parmi les préparations sulfureuses, la *poudre de Pouillet* m'a donné de bons résultats; M. Gingeot en donne 6 à 8 cen-

tigrammes toutes les deux heures ; l'élimination par la peau se fait ainsi d'une manière continue. Il faut arriver à prendre dans les 24 heures, en trois ou quatre reprises, si on ne peut toutes les 2 heures, la valeur totale de 0 gr. 50 les premiers jours ; puis 0 gr. 75 et bientôt 1 gramme ; rester à cette dose pendant 4 à 5 semaines.

Le traitement local sera toujours fait antiseptiquement ; le traitement hygiénique, dont nous allons parler, sera de son côté un puissant auxiliaire.

3° TRAITEMENT HYGIÉNIQUE.

Ce traitement est à la fois prophylactique ; il se rapporte essentiellement à l'*aération*, l'*alimentation*, les *soins de propreté*.

Un air vif et pur, l'air de la campagne, l'air de la mer, aura des effets salutaires. Si le malade est obligé de garder le lit ou la chambre, l'aération de l'appartement devra toujours être abondante ; éviter autant que possible l'encombrement, qu'on a reconnu être une condition favorable à l'extension de la maladie.

L'alimentation sera subordonnée à l'état général du malade, restreinte chez les individus trop pleins de santé, nulle si la fièvre le commande, substantielle chez les individus affaiblis, mais surtout réglée selon les désirs du malade.

Les soins de propreté consisteront en lotions boriquées, si le malade ne peut se lever. Lœwemberg dit que par ce moyen les microbes qui sont répandus sur la peau sont détruits avant d'avoir pu pénétrer dans les glandes pilosébacées. Kaposi vante les bains d'alum et de soude (1 kg.

pour un grand bain). Les bains de sublimé (10 gr.), les bains de mer, les bains sulfureux artificiels surtout; une saison à Ax, à Luchon sont très recommandables contre l'affection. Enfin la désinfection des vêtements à l'étuve ne doit pas être négligée.

Par l'emploi de ces divers moyens le furoncleux pourra voir enfin la maladie s'arrêter, il n'aura plus à craindre pour lui, ni pour les autres.

CONCLUSIONS.

1° Le furoncle est une affection parasitaire.

2° Les germes pathogènes arrivent dans les glandes pilosébacées, sudoripares et cérumineuses; ils trouvent là un milieu favorable à leur développement.

3° Les poussées successives de furoncles s'expliquent par l'auto-contagion; le furonculeux se contamine lui-même et contamine les autres par le même mécanisme; ce ne serait qu'exceptionnellement, dans les cas graves, que le sang charrierait les microorganismes du furoncle; mais ces germes pathogènes ne se développent pas dans le sang (Pasteur).

4° Vu la nature parasitaire de l'affection, les antiseptiques avaient leur raison d'être dans le traitement; plusieurs ont donné de bons résultats.

Loewenberg à préconisé l'acide borique.

M. Gingeot s'est fait l'apôtre de la teinture d'iode recommandée par Boinet.

Je me suis bien trouvé de l'emploi du nitrate d'argent.

5° Les auteurs modernes s'accordent pour proscrire sévèrement les cataplasmes émollients, qui entretiennent l'affection.

6° Les purgatifs à outrance, les prétendus dépuratifs du sang ne sont plus conseillés aujourd'hui.

7° Le traitement local suffira pour les furoncles isolés; si l'affection est rebelle (furunculose), les antiseptiques à l'intérieur seront indiqués; les préparations sulfureuses à haute

dose dès le début et continuées pendant plusieurs semaines, donnent de très bons résultats.

8° Les soins hygiéniques sont de la plus grande importance; ils consisteront en ablutions fréquentes, bains simples, bains de mer, bains sulfureux; désinfection à l'étuve des vêtements, etc., etc.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :	Vu et approuvé :
Montpellier, le 8 décembre 1887.	Montpellier, le 8 décembre 1887.
<i>Le Recteur de l'Académie,</i>	<i>Le Doyen,</i>
Correspondant de l'Institut,	CASTAN.
G. CHANCEL.	

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Arnould.** — Recueil de médecine militaire 1877.
- Dénucé.** — Article. Dict. méd. et chir. pratiques 1872.
- Follin et Duplay.** — Pathologie externe.
- Gazette des hôpitaux** 1881.
- Gingeot.** — Bulletin de thérapeutique, t. cviii.
- Hergott.** — Bulletin de thérapeutique, t. cxi.
- Loewemberg.** — Progrès médical 1881.
- Nélaton.** — Pathologie chirurgicale.
- Pasteur.** — Compte-rendu Académie des Sciences 1880.
- Poulet et Bousquet.** — Traité de pathologie externe.
- Reclus.** — Eléments de pathologie externe.
- Richelot.** — Article. Dict. encyclopédique sciences médicales 1880.
- Semaine médicale.** — Janvier 1887.
- Société de chirurgie** 1865, 1866.
- Thèses de Paris** 1864, Lesourd, Dussisples, Nadaud.
- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| — | — | 1874, Larricarrère, Lamarque, Mary. |
| — | — | 1880, Vailhe. |
| — | — | 1884, A. Lowry. |
-

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
